

Formulario de inscripción para bebés de Medi-Cal Access Infant Program

Después del nacimiento de su bebé y a más tardar 30 días después del nacimiento, llene este formulario y envíelo por correo. La cobertura de su bebé no comenzará hasta que recibamos este formulario y usted indique que quiere afiliarse a su bebé en el sistema de prestación de cuidado médico administrado de Medi-Cal bajo el Medi-Cal Access Infant Program. Si los ingresos de su familia han bajado podría ser elegible para Medi-Cal gratuito.

Nombre de la afiliada _____ Fecha de nacimiento de la afiliada: ____/____/____(mes/día/año)

Medi-Cal Access Family Member Number _____

Domicilio _____

No quiero inscribir a mi bebé en el Medi-Cal Access Infant Program (Tiene que completar este formulario para continuar con su cobertura posparto ya sea que quiera o no inscribir a su bebé)

Información del bebé

¿El bebé está inscrito actualmente en un seguro patrocinado por el empleador? Sí No

Si es "Sí", dé la fecha en que la cobertura del bebé entra en vigencia: ____/____/____ (mes/día/año)

Nota: Si respondió "Sí", su bebé no es elegible para inscribirse en la cobertura pública.

Nombre del bebé _____ Inicial ____ Apellido _____

Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: Mes / Día / año Peso al nacer: ____ libras ____ onzas

Nº de SS: _____ Sí aún no tiene uno, ha solicitado un Nº de SS Sí No

Proveedor personal *opcional*: _____

Dirección y teléfono, si hubo algún cambio: _____

Declaro que cada una de las personas a las que estoy inscribiendo:

- Es ciudadano de EE.UU.
- Es residente de California
- Es nacional de EE.UU.
- No es elegible para Medicare Parte A y Parte B

Además, declaro que:

- Todas las personas de este formulario cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- Entiendo el Manual de Medi-Cal Access Program. Entiendo lo que dice acerca de cada beneficio médico, dental y de cuidado de la vista a través del Sistema de prestación de cuidado médico administrado de Medi-Cal.
- Doy permiso para que comprueben mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas que estoy inscribiendo y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al Medi-Cal Access Program a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona afiliada en el programa y cualquier cambio en la dirección de facturación de la solicitante.
- Entiendo que si mi embarazo termina después de mi fecha de comienzo de cobertura, se cancelará mi afiliación el último día del mes en que se cumplan 60 días de la terminación de mi embarazo. Medi-Cal Access Program no cubrirá los servicios médicos que yo reciba después de la fecha de cancelación de inscripción. Entiendo que de cualquier modo tendré que hacer todo pago pendiente a Medi-Cal Access Program, aun si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario lleno a: Medi-Cal Access Infant Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852